Rok XXX. Kraków, 11 Kwietnia 1891. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. JAWORSKI: O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego. — II. SURZYCKI: Z kliniki lekarskiéj Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. O nowszych środkach nasennych. — III. RUMSZEWICZ: O nieprawidłowych szparach tęczówki (dok.). — IV. OBRZUT: Z pracowni profesora Cornila w Paryżu. O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych (dok.). — V. CHRZĄSZCZEWSKI: Z praktyki prywatnéj. Śmierć skutkiem ukąszenia muchy. — VI. *Oceny i sprawozdania. — Choroby skórne.* WHITE. — *Choroby nerwowe* BERNHARDT. — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego.

(Le traitement a l'air libre. — Permanente Freiluftcur).

Podał

Dr. W. Jaworski,

profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Najnowsze usiłowania terapeutyczne Kocha, Liebreicha i innych dozwalają spodziewać się, że z biegiem czasu nastąpi w leczeniu gruźlicy zwrot pomyślniejszy. Nie należy jednak wątpić, że i dotychczasowe czynniki higijeniczne, stosowane w przebiegu gruźlicy, jakoto: dobre żywienie i czyste powietrze, zatrzymają swoje znaczenie. Daty statystyczne podane przez Brehmera, Dettweilera i innych wykazują, że przez stosowanie czynników higijenicznych można otrzymać polepszenie (13%), a w niektórych przypadkach wyleczenie (8%) gruźlicy płuc. Nawet w praktyce prywatnéj znajdzie prawie każdy lekarz przypadki nieżytu szczytowego bardzo podejrzane o przyrodę gruźliczą, które po kilkomiesięcznym pobycie w górach lub na wsi ustąpiły.

Na dyjetyczno-higijeniczne postępowanie w gruźlicy płuc składają się oprócz innych higijenicznych szczegółów głównie dwa czynniki: obfite odżywianie i czyste powietrze. O tem ostatniem zamierzam tu bliżéj pomówić. Nie dlatego, jakoby ten czynnik w leczeniu chorób narządu oddechowego był u nas przez lekarzy zaniedbywany, lecz z tego powodu, że używanie świeżego powietrza bywa często w sposób zupełnie nieracyjonalny przepisywane, a o jego wpływie na przebieg gruźlicy płuc i krtani z mylnemi wyobrażeniami się spotykamy. Sądzę, że bliższe omówienie téj kwestyi przyczyni się do tego, że ten czynnik higijeniczny w praktyce prywatnéj lepiéj niż dotąd zostanie wyzyskany, szczególniéj u chorych, którzy nie są w możności udawania się do miejsc klimatycznych, jakoteż u naszéj ludności wiejskiéj, która w czasie choroby zwykła się chronić do dusznéj chaty, mając zewnątrz niéj bardzo cenny, a przystępny czynnik leczniczy.

Wyjaśnienie korzystnego wpływu powietrza czystego na przebieg suchot płuc jest dość trudne. Ze stanowiska czysto-patologicznego pomyśli niejeden: Cóż pomoże tu powietrze, jeżeli pod wpływem prątka wytworzyły się gruzełki w płucu? Trzeba jednak pamiętać, że obecność gruzełków w miąższu płucnym jest dopiero gruźlicą płuc, a nie suchotami tychże. Te ostatnie pojawiają się dopiero wtenczas, jeżeli gruzełki wraz z otaczającym je miąższem zapalnym ulegają przemianie wstecznéj czyli rozpadowi, a w stąd powstałéj masie rozpadowéj rozwija się wiele dotąd mało zbadanych drobnoustrojów (*M. tetragenus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* i t. d.), które się dostają z zanieczyszczonego powietrza wdychanego do płuc i tu istnieją obok prątków gruźliczych (*symbiosis* Rosenbacha), przeciwdziałając zabliźnieniu tkanki zapalnéj, a pobudzając ją do ropienia i rozpadu (Penzoldt). Wytwarza się w następstwie tego wtórorzędnego zakażenia obraz chorobowy znany pod nazwą suchot płucnych. Należy się w zupełności zgodzić z H. Weberem na to, że pod względem patologicznym między suchotniczem płucem a ropiejącym wrzodem powierzchownym lub raną zanieczyszczoną jest pewna analogija. I gdyby płuco leżało powierzchownie nie innéj użytoby terapii, jak oczyszczenie miejsc wrzodziejących i zaopatrzenie tychże opatrunkiem aseptycznym dla ochrony przed nowem zakażeniem. Niemożność wykonania tego postępowania pociąga za sobą to, że początkowa gruźlica płucna, mając jeszcze szanse wyleczenia, przechodzi śród zwyczajnych warunków życia w suchoty płucne (*phthisis pulmonum*). W niektórych przypadkach może suchotnicze płuco w korzystnych warunkach miejscowych pozbyć się przez wykrztuszenie mas rozpadowych i ropy, czyli powierzchnia wrzodziejąca może się oczyścić i przez to skłonność do wytwarzania blizn łączno-tkankowych (względnego wyleczenia) się pojawić, jeżeli aseptyczne po-

wietrze, zastępujące tu działanie opatrunku aseptycznego, nowéj infekcyi nie dopuści.

Aseptycznego zaś powietrza niema w pomieszkaniach ludzkich. Obecność ciał organicznych, zwiększona wilgotność powietrza, zmniejszona ilość światła, brak ruchu molekularnego powietrza sprawiają, że zarodniki drobnoustrojowe łatwiéj się tu rozwijać mogą, niż w powietrzu wolnem. Niema powietrza aseptycznego w miejscach gęsto zaludnionych (miastach). A. Smith podaje ilość przeciętną zarodników, znajdujących się w stopie sześciennéj miast fabrycznych, na pół milijona. P. Miquel znalazł ilość drobnoustrojów, znajdujących się w 10 calach sześciennych powietrza w śródmieściu Paryża, 55.000, na przedmieściach zaś tego miasta 7.600. Pasteur znów na niezamieszkałéj górze Mer de Glace nie mógł wykazać zarodników fermentacyjnych, podczas gdy we wsi Chamonix, pod tą górą leżącéj takowe się znajdowały. Nie należy jednak mniemać, aby wszystkie drobnoustroje, znajdujące się w powietrzu, w naszym przypadku w równéj mierze były szkodliwemi. Większa część tychże będzie obojętna dla przebiegu patologicznego w płucach. Jednak wobec faktu, że wrzody i rany w powietrzu zawierającem drobnoustroje lub ich zarodniki się zanieczyszczają, że już kilka chorobotwórczych bakteryj, jak: koki róży, grzybek choroby skórnéj *Favus* (*Achorion Schoenleinii*) itd. udało się wykazać w powietrzu, będziemy się starali, aby oddychanie płuc gruźliczych odbywało się w powietrzu, o ile możności wolnem od drobnoustrojów, zwłaszcza jeżeli zważymy, jak znaczną ilość powietrza (500 × 24 = 12.000 litrów według Pettenkofera) przechodzi dziennie przez płuca, a rozmnażanie się bakteryj jest bardzo znaczne. Nie można pominąć jeszcze innych czynników, działających szkodliwie na płuco gruźlicze, t. j. pyłu, którego nie brak nigdy w naszych mieszkaniach i miastach. Fodor znalazł ilość pyłu w jednym metrze sześć. powietrza Budapesztu w miesiącach letnich 0·55 mg.; Hesse zaś w pokoju dziecięcym 1·6 mg. Trwałe działanie pyłu na oskrzela płuc gruźliczych może tylko zwiększyć towarzyszący chorobie nieżyt.

Już w starożytności uważano czyste powietrze jako ważny środek w celu leczenia chorób płucnych. Czystem zaś może być tylko powietrze wolne, zdala od mieszkań ludzkich. Areteusz wysyłał swoich chorych na morze, Galen w góry, Pliniusz w lasy. W nowszych czasach to postępowanie lecznicze zwane klimatycznem wskutek rozwoju środków komunikacyjnych ogromnie się rozpowszechniło. Nie ma jednak zgody na to, w jaki sposób ma chory najkorzystniéj powietrza używać. Brehmer, twórca postępowania dyjetetyczno-klimatycznego, poleca swoim chorym, aby chodzili na wolnem powietrzu, o ile na to pogoda i siły pozwalają, jednak aby ruchu ciała do uczucia zmęczenia niedoprowadzali. W pierwszych początkach rozwoju miejsca klimatycznego Davos polecano (A. Spengler) chorym używanie powietrza bez względu na pogodę w połączeniu nietylko z uciążliwemi przechadzkami, ale i z wspinaniem się po górach. A za wzór pacyjenta uchodził w Davos chory zwany *der blutige Holländer*, który latem przebiegał szczyty gór, nocując po szałasach. Pomimo trapiących go krwotoków płucnych prowadził on ten żywot koczowniczy przez trzy lata. Podanie jednak milczy co do ostatecznego wyniku terapeutycznego w tym przypadku.

W ostatnich zaś czasach poczęto kłaść większą wagę na jak najdłuższe przebywanie na wolnem powietrzu, niż na ruch ciała. Dettweiler, gorący zwolennik téj myśli, każe przebywać swoim chorym na terasach lub w pawilonach, w pozycyi leżącéj lub siedzącéj od 8 godziny zrana do 10 wieczorem i nazywa to postępowanie *permanente Freiluftcur*. Wykonywa on je w następujący sposób: w zakładzie we Falkenstein, zostającym pod jego zarządem, przebiegają wzdłuż południowéj strony zakładu kryte galeryje, a oprócz tych jeszcze w parku ku południowi zwrócone pawilony w rodzaju altan, z których niektóre dają się stosownie do kierunku wiatru obracać. Tak na terasie, jakoteż w pawilonach, posiada każdy chory podłużny stołek pleciony (szezlong), nakryty grubym materacem. Na takowym przebywa chory przez cały dzień, wyjąwszy godziny obiadowe, w pozycyi na wpółsiedzącéj, jako najdogodniejszéj dla chorego, bo zwalniającéj cały układ mięśniowy. Według pory roku chorych stosownie ponakrywają. W lecie wystarczy w dnie pogodne jeden lub dwa dywaniki; w zimie musi chory mieć jeszcze futro, a na nogi worek z futra baraniego sięgający powyżéj kolan.

Postępowanie powyższe jest racyjonalniejsze, niż nieokreślone polecenie lekarskie: używaj jak najwięcéj powietrza świeżego lub wiele ruchu w górach. Dla chorych, których siły i odżywienie podupadło, o wiele jest korzystniejszy spokój na wolnem powietrzu, aniżeli osłabiające ich chodzenie, a nawet siedzenie na zwykłych ławkach, wymagające natężenia mięśni grzbietowych. Dopiero gdy po kilkotygodniowem leżeniu na powietrzu wolnem zwiększa się ciężar ciała i siły przychodzą, może chory z pożytkiem wykonywać przechadzki. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiéj Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O nowszych środkach nasennych.

(Wodnik amylenowy, sulfonal, uretan, hypnon).

Podał
Dr. J. Surzycki,
I. asystent kliniki lekarskiéj.

Badanie środków nasennych nie małe nastręcza trudności, jeżeli uwzględnimy warunki fizyjologicznego snu i rozmaite jego stopnie, których sami ocenić nie możemy i musimy polegać na podmiotowem uczuciu chorego. Wiemy z codziennego doświadczenia, jak nieraz trudno określić przyczynę wywołującą bezsenność i jak nieraz byle jaki powód jest w stanie przerwać lub opóźnić zaśnięcie, a z drugiéj strony wiele zewnętrznych okoliczności na pewne osoby może wpłynąć usypiająco, kiedy też same czynniki nie czynią żadnego wrażenia na drugich. Zależy to bowiem przedewszystkiem od indywidualności badanego, jego przyzwyczajeń i właściwości, których w pewien zamknięty schemat ująć nie można — i ta właśnie rozmaitość oddziaływania na jedne i też same bodźce utrudnia przeprowadzenie ścisłych i pewnych doświadczeń nad tym lub owym środkiem.

Tam, gdzie w grę wchodzą czynniki psychiczne, których niepodobna nieraz wykluczyć, gdzie znużenie umysłowe lub fizyczne jednym odbiera, a drugim daje sen, tam o pewnych rezultatach mówić nie można i wszelkie w tym kierunku dane należy brać z pewnem zastrzeżeniem.

Nie mała też trudność badania leży we właściwości naszéj kliniki, ponieważ chorzy nasi, przeważnie należąc do niższéj warstwy społeczeństwa, najmniéj doznają bezsenności i na

nią się uskarżają. Neurasteników i histeryczek względnie miewamy mało, a jeżeli już u którego z chorych wystąpi bezsenność, to zwykle jest ona jednym z wielu objawów jakiejś ciężkiéj choroby i łączy się wtedy ze znacznym bólem, dusznością, opuchlinami lub kaszlem tak, że wówczas mamy do walczenia nietylko z bezsennością, lecz i z innemi objawami, które same przez się wykluczają możebność snu lub go utrudniają.

Wreszcie jeszcze jednę okoliczność zaznaczyć muszę, że chorzy nasi pomieszczeni we wspólnych salach nie znajdują się wśród warunków odpowiednich dla snu, gdyż nieraz się zdarza, że obok chorego, który zażył środek nasenny, leży drugi jęczący lub kaszlący po całych nocach, że choremu biorącemu jakiś środek nasenny trzeba od czasu do czasu zmierzyć ciepłotę i porachować tętno ze względu na ścisłość w obserwacyi klinicznéj tak, że w końcu z całego szeregu doświadczeń wiele potrzeba odrzucić jako niepewne i niedające żadnego wyniku.

Co do saméj metody doświadczeń, robionych w ciągu kilku miesięcy, podczas których nocowałem w klinice, to trzymałem się pod tym względem wskazówek Rosenbacha i podawałem chorym środki nasenne w rozmaitych porach dnia, aby się przekonać o skuteczności danego leku nietylko w czasie, kiedy chorzy byli przyzwyczajeni zwykle zasypiać, ale i rano lub zaraz po obiedzie.

Nadto nie zawsze chorzy wiedzieli, jaki środek im podawano, a nieraz pod pozorem środka nasennego dostawali zwykły cukier lub odrobinę sody i bywały przypadki, że sugestyja tego rodzaju również sen sprowadzała. Tam zaś, gdzie się to okazało bezskutecznem, przechodziłem wtedy do stosowania środków nasennych z wiedzą lub bez wiedzy chorego. Z leków nasennych stosowałem: wodnik amylenowy, sulfonal, uretan, hypnon i *Cannabinum tannicum*.

Wodnik amylenowy

należy do grupy 3-cio rzędnych alkoholów i nazywa się też inaczéj amylalkoholem. Jestto płyn bezbarwny prawie, smaku piekącego jak mięta, zapachu nie dającego się bliżéj określić. Rozpuszcza się w 8 częściach wody, a w alkoholu w każdym stosunku. Bywa on czasem zanieczyszczony niedogonem, a wtedy wywołuje zwykle ból głowy.

Pierwszy Wurtz syntetycznie go złożył, a fabryka Kahlbauma w Berlinie najlepiéj dotychczas go wyrabia. Fizyjologiczne doświadczenia pierwszy robił Thierfelder na zwierzętach, które po podaniu małych dawek zasypiały na kilkanaście godzin, przyczem ani w krążeniu ani oddechaniu żadnych zmian nie zauważył.

Podany w średnich dawkach działa on na ośrodki mózgowe, w większych zaś na rdzeń pacierzowy i przedłużony, w końcu odruchy zostają zniesione, oddechy powoli znikają i serce przestaje bić.

Na podstawie tych fizyjologicznych doświadczeń zaczął Mering stosować wodnik amylenowy u ludzi, przeważnie neurasteników, podając go w dawkach 2 lub 5 gramowych. Przy tych dawkach już w pół godziny występował sen, który zazwyczaj trwał 6 do 12 godzin, a nawet u dzieci wobec kokluszu po dawce 0·2 występował pożądany skutek. Żadnych ubocznych działań nie było. Chorzy tacy nie wymiotowali, bólu głowy nie czuli, apetytu nie tracili, a oddech chorych nie miał żadnéj woni, jakoto bywa przy użyciu paraldehydu. Niektórzy tylko chorzy niechętnie go używają dla niemiłego smaku, jaki mu jest właściwy. Bólów jednak wcale nie koi, a gdzie bezsenność zależna jest od bólu, tam zwykle po podaniu wodnika amylenowego skutku niema.

Stosując środek ten nawet u chorych z wadami sercowemi nie zauważył Mering żadnych złych następstw na krążenie, podczas gdy chorzy tacy na kilka godzin zasypiali. Te rezultaty Meringa potwierdzają i inni autorowie, którzy środka tego późniéj używali.

I tak Scharschmied w klinice Prof. Jollego w Strassburgu czynił doświadczenia na 80 chorych z bardzo pomyślnym skutkiem. Jako najwyższą dawkę stosował on 6 grm W 86% był skutek bardzo dobry, w 10% średni a tylko w 4% nie było żadnego. Sen zwykle występował w 5 do 10 minut, z czegoby wnosić należało, że lek ten w żołądku bardzo szybko ulega wessaniu. Również i Scharschmied żadnego szkodliwego wpływu na oddech i krążenie nie zauważył. W przypadkach szału opilczego, manii, szału ostrego dawał zwykle większe dawki 3—4 gramowe, zaś w chorobach przewlekłych nerwowych chorzy zasypiali już po 1 lub 2 gramach. Toż samo podaje Lehman, który leku tego doświadczał na 26 chorych umysłowych i z małemi wyjątkami otrzymywał bardzo dobre wyniki.

Nie chcę się już rozwodzić nad pracą w tym samym kierunku Avelisa, który zaleca amylenhydrat nietylko jako środek nasenny, lecz stosuje go w przypadkach świądu żółtaczkowego i twierdzi, że najzupełniéj może zastąpić polecony przez Eichhorsta wodnik chloralu. Toż samo potwierdza i Last. Avelis sądzi, że lek ten działa silniéj niż takie same dawki paraldehydu. Nic też nowego nie przytaczają ani Gürtler, ani Mayer, który nadto zauważył uspakajające działanie na kaszel tak u suchotników, jak i w różnych postaciach nieżytu oskrzelowego, co też potwierdza i Laves, podnosząc jeszcze i tę zaletę wodnika amylenowego, że po dłuższem używaniu nie następuje przyzwyczajenie, a dawki 3 gramowe wodnika amylenowego mogą zastąpić 2 gramy wodnika chloralu wraz z dwoma centigramami (0.02) morfiny.

Dr. Buschon robiąc na sobie doświadczenia, dochodził do 7 gramów naraz i przekonał się, że lek ten działa doskonale, sprowadzając sen w 10 lub 15 minut, 8 do 9 godzin trwający, a po przebudzeniu się nie doświadczał żadnych nieprzyjemnych uczuć. Chorym umysłowym wstrzykiwał też podskórnie wodnika amylenowego w stosunku 8 grm. na 4 gramy alkoholu i w większości przypadków po wstrzyknięciu 75 centigramów występował sen trwający nieraz 5—6 godzin. Wodnik amylenu stosowano też jako środek przeciw padaczce i Dr. Wildermuth doświadczał go w 66 przypadkach padaczki. Opisuje on korzystne wyniki co do zmniejszenia się częstości napadów i ich nasilenia. Podawał dziennie 2 do 4 gramów i uważa użycie tego środka jako wskazane wobec bardzo częstych napadów padaczkowych, daléj w zatruciu bromowem, kiedy na jakiś czas należy wstrzymać podawanie bromu i w końcu przy moczeniu nocnem.

Że użycie nawet większych dawek nie jest dla życia niebezpiecznem, to dowodzi przypadek opisany przez Dietza z kliniki psychijatrycznéj lipskiéj, gdzie przez nieostrożność 4 chorych dostało znaczne dawki, ściśle jednak nie określone. Chorzy ci przedstawiali obraz podobny do ostrego zatrucia wyskokowego, przyczem czucie i odruchy były zniesione, źrenice szerokie, oddechy zwolnione, tętno małe, wolne,

a ciepłota obniżona. Chorzy ci jednak wkrótce przyszli do siebie po zastrzyknięciu podskórnem kamfory.

Z doświadczeń, jakie z lekiem tym czyniłem w klinice Prof. Korczyńskiego, podaję tylko w skróceniu najważniejsze szczegóły: stosowałem ten środek u 9 chorych, a mianowicie: w zapaleniu płuc, uwiądzie rdzenia pacierzowego, suchotach płucnych, w nowotworze mózgowym, zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, wypocinie opłucnowéj, neurastenii, gruźliczem zapaleniu opon mózgowych, w raku żołądka i to w rozmaitych dawkach, zaczynając zwykle od 2, a dochodząc do 8 grm. Sen zwykle występował prędko, w ciągu 15 do 30 minut, chyba, że dawka była niedostateczna, a wtedy była tylko senność trwająca godzinę lub dwie i chory wracał do zwykłego stanu. W przypadku, gdy zaśnięciu przeszkadzały znaczne b ó l e lub inne objawy chorobowe, jak n. p. kaszel lub duszność, których nawet morfina w większych dawkach nie zawsze była w stanie ukoić, wtedy i wodnik amylenu okazywał się bezskutecznym. Stosowany wśród w y s o k i é j g o r ą c z k i działa również nasennie, n. p. u chorego z zapaleniem płuc i opłucny, który wśród ciepłoty 39.6 do 40°, tętnie 116, oddechach 48 spędził kilka poprzednich nocy bezsennie, po podaniu 2 gramów amylenhydratu zasnął w $^1/_2$ godz. i spał 6 godzin bez przerwy. Przez następne dnie pozostawiony bez leku nasennego wcale nie sypiał, zaś po powtórnem zażyciu takiéj saméj dawki spał znów przez 5 godzin, poczem przebudziwszy się nie narzekał ani na ból głowy ani inne niemiłe objawy.

Drugi chory z nerwobólem międzyżebrowym, któremu podawano poprzednio inne środki nasenne z ujemnym skutkiem, po zażyciu 2 grm. wodnika amylenowego zasnął w pół godziny i spał bez przerwy 3 godziny; bóle jednak po przebudzeniu się w jednakowem nasileniu trwały.

Szczególnie uspakajająco działa wodnik amylenowy w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z o b j a w a m i m ó z g o w e m i jak: z niepokojem, majaczeniem, zrywaniem się i rzucaniem oraz ze znaczną bezsennością. Chory z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, u którego wśród wysokiéj ciepłoty znaczne dawki sulfonalu i chloralu podawane przeciw bezsenności albo żadnego skutku nie wywierały, albo bardzo przemijający, po zastosowaniu z początku 3 gramów wodnika amylenu, a następnie w późniejszym okresie choroby po 5 lub 8 gramach zawsze się uspakajał i zasypiał na 4 do 6 godzin. Przedostatniego dnia w ciągu 12 godzin wyżył chory 12 gramów tego leku i po każdéj dawce 2 gramowéj uspakajał się na godzinę lub dwie, snu jednak prawie nie było, ale dodać muszę, że to już było na dzień przed śmiercią, kiedy wystąpiły drgawki, a na takowe wodnik amylenu nie miał żadnego wpływu.

U chorego z gruźlicą prosówkową lek ten działał również usypiająco nawet w mniejszych dawkach, a bóle głowy i znaczny niepokój w przypadku t u m o r u m ó z g o w e g o po zażyciu 4 gramów zwykle na kilka godzin się uspakajały.

Reasumując te doświadczenia, mogę twierdzić, że wodnik amylenowy działa bardzo skutecznie w dawkach nawet nieznacznych, niewywołując przytem żadnych zaburzeń w krążeniu lub oddechaniu. Chorzy znoszą go bardzo dobrze, jedynie w smaku jest nieprzyjemny i dlatego radziłbym używać go zawsze w mięszance z winem czerwonem z małym tylko dodatkiem syropu. Sen zależnie od dawki zazwyczaj bywa kilkogodzinny, chorzy nie doznają żadnych majaczeń, zwidywań, a obudziwszy się czują się rześcy i snem pokrzepieni. Na bóle wpływu niema żadnego i pod tym względem nie może iść w porównanie z morfiną. Działa jednak zdaniem mojem skuteczniéj, niż takie same dawki paraldehydu, a o wiele silniéj i pewniéj od tych samych dawek sulfonalu, a jedynie wodnik chloralu w niektórych razach działa silniéj. Ponieważ jednak można go stosować i w chorobach serca i płuc bez wszelkich szkodliwych następstw, przeto pod tym względem ma wyższość nad chloralem.

S u l f o n a l — czyli *diaethyl-sulfon-dimethyl-methon* należy do grupy disulfonów, to jest połączeń organicznych siarki z grupą dyetylenów i metonów i został przez B a u m a n a syntetycznie przedstawiony, a przez K a s t a w praktykę wprowadzony.

Jest to biały, krystaliczny proszek, bez smaku i zapachu, który się rozpuszcza w 20 częściach wody wrzącéj, a zaledwie w 500 częściach wody zimnéj, za to łatwo rozpuszczalny jest w wyskoku.

K a s t pierwotnie probował na psach, podając im 2 gr. sulfonalu, poczem u psów występowały zaburzenia atakstyczne w tylnych kończynach, następnie i w przednich, wreszcie pies popadał w sen, po którym prędko do siebie przychodził i żadnych zboczeń w ruchach, zachowaniu się i łaknieniu nie okazywał. Stosując ten środek u ludzi, K a s t podawał go z początku w małych dawkach 1 gramowych i rzadko kiedy potrzebował dawać 2—3 gramy. Zmian w krążeniu lub oddechaniu nie zauważył żadnych, co też i doświadczenia robione na zwierzętach w pracowni K i e s a potwierdziły.

(Dokończenie nastąpi.)

III. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 13).

W miarę jak wyrasta tęczówka, przednia część tylnéj połowy siatki naczyniowéj coraz dłuższą się staje i w tym właśnie okresie opisał ją J. Müller pod nazwą błony torebkowo-źrenicznéj (*membr. capsulo-pupillaris*), odróżniając ją w ten sposób od znacznie dawniéj opisanéj błony źrenicznéj. W okresie cokolwiek późniejszym łatwo się przekonać, że należące do niéj grubsze naczynia pochodzą od naczynia okręgowego, około brzegu pęcherzyka położonego. W okresie rozwoju, gdy wierzchołek zawiązku trójkątnego tęczówki skierowuje się ku wewnątrz i ku przodowi, łatwo się przekonać, że błona źreniczna bezpośrednio stanowi ciąg dalszy tegoż. Grubsze naczynia błony źrenicznéj początek biorą od naczynia okręgowego i udają się ku środkowi błony, inne, bardziéj liczne i cienkie, skierowują się wzdłuż tylnéj powierzchni zawiązka i tworzą tylną część tegoż. Stosunek ten wyraźniéj występuje przy badaniu błony *in situ*. Ku końcowi pierwszéj połowy życia płodowego narachowałem przeszło 13 dość grubych naczyń, które udawały się ku środkowi błony, początek brały od naczynia okręgowego, które, naprzód to powiemy, jest tętnicą. Kierunek naczyń w błonie i rozgałęzienia jeszcze łatwiéj jest zbadać w okresach późniejszych. Od naczynia okręgowego biorą początek 13—15 i więcéj dość grubych naczyń, z których grubością szczególnie wyróżniają się cztery, zwykle zaczynają się one nieopodal od miejsca podziału długich przednich tętnic

rzęskowych, tworzących naczynie okręgowe niekiedy nawet w obrębie samego podziału. Owe grubsze naczynia zwykle nie ulegają podziałowi na dość znacznéj przestrzeni, następnie, bliżéj środka rozgałęziają się w obie strony, w pobliżu zaś końca naczynia rozgałęzienia te tworzą jakby zupełny wachlarz naczyniowy. W odległości 1 mm. od brzegu zewnętrznego błony podchodzą do niéj naczynia błony torebkowo-źrenicznéj, które łącząc się z naczyniami saméj błony źrenicznéj tworzą wspólnie liczne (przeszło 76), promieniste, cienkie naczynia; zachowując ten sam kierunek, naczynia te przechodzą do zawiązków tęczówki i ciała rzęskowego i pozostają w takowych już na stałe. Zatem tętnicowy obieg krwi w błonie źrenicznéj jest zupełnie niezależny od tętnicy środkowéj (*Art. centralis*); oba układy naczyniowe mają li tylko wspólne drogi żylne, ponieważ zaś tęczówka powstaje jednocześnie i we wspólnym zawiązku z błoną źreniczną, łatwo zrozumieć, że te ostatnie przyjmują położenie i miejsce przyszłych żył tęczówki.

Z czasow J. Müllera wiemy już, że zanik błony źrenicznéj następuje jednocześnie z otwarciem powiek. U psów i kotów spostrzegamy ją jeszcze w 9 lub nawet 10 dni po narodzeniu, chociaż naczynia są już najczęściéj pozbawione światła. Jednocześnie z błoną źreniczną zanika również czasowy układ naczyniowy ciała szklanego, chociaż samą tętnicę środkową często zdarza się widzieć już po narodzeniu. W obu razach powodu zaniku szukać należy w powstaniu dla obiegu krwi zupełnie nowych dróg. Wiemy, że właściwe naczynia siatkówki dość późno powstają, — otóż gdy następuje zupełny ich rozwój, siatka naczyniowa soczewkę otaczająca zanika zupełnie. To samo spostrzegamy u błony źrenicznéj. W początkowych okresach rozwoju naczynia błony przechodzą tylko przez zawiązek tęczówki, bynajmniéj się w nim nie rozgałęziając. Włosowata siatka tęczówki u zwierząt ssących, które rodzą się z otwartemi powiekami, powstaje dopiero w końcu życia płodowego, u tych zaś, które się rodzą ślepemi, dopiero po narodzeniu. Sieci włosowate łączą pomiędzy sobą te same gałęzie (i podziały tychże), za pomocą których odbywał się obieg krwi w błonie źrenicznéj. Zatem zanik przedniego i tylnego układu naczyniowego możemy wytłumaczyć w obu przypadkach powstaniem dla obiegu krwi znacznie bliższych dróg.

Wspomniałem wyżéj, że naczynie okręgowe, które u ssących spostrzegamy już podczas wgłabiania soczewki, stanowi koło tętnicze tęczówki (*circulus iridis arteriosus major*). W miarę jak brzeg pęcherzyka zagina się bardziéj ku przodowi, koło tętnicze posuwa się w tym samym kierunku, jednocześnie też cokolwiek ku wewnątrz. Rozporządzając dość ograniczonym zbiorem ludzkich płodów, dokonywałem badań również na płodach ssących zwierząt, przeważnie owiec, krów i świń. Otóż u płodu owczego, długości 2,3 ctm., widzimy, że pomiędzy brzegiem przednim pęcherzyka ocznego i listkiem rogowym, tkanka płastów główkowych cieńszą się staje, daléj pomiędzy listkiem rogowym a soczewką tworzy trójkąt ze skierowanym ku tyłowi wierzchołkiem; wierzchołek ten łączy się z ciałem szklanem, kąt przedni i wewnętrzny przechodzi w zawiązek tęczówki i błony źrenicznéj. W środku trójkąta znajduje się przecięte poprzecznie koło tętnicze tęczówki, drobnemi komórkami otoczone, daléj zaś ku obwodowi znajdujemy komórki wrzecionowate i gwiaździste. Komórki środkowe łączą się bezpośrednio z okrągłemi komórkami przedniéj części otaczającéj pęcherzyk tkanki płastów główkowych. Następnie przednia część pęcherzyka coraz cieńszą się staje, posuwa się ku przodowi, podnosi tylny kąt trójkąta i skierowuje go ku wewnątrz. Jednocześnie do niemającego początkowo żadnéj budowy zawiązka rogówki wstępują obficie pierwociny, przyszłe komórki stałe i jednocześnie lub też nawet jeszcze pierwéj zupełnie się ona odgranicza od błony źrenicznéj. U płoda (owczego) 4,5 ctm. długości tęczówka jest już dość znacznie posuniętą ku biegunowi przedniemu. Brzeg śródbłonka błony Descemeta znajduje się prawie na równi z brzegiem pęcherzyka, komórki zaś śródbłonka przechodzą na przednią powierzchnię zawiązka tęczówki, tak więc ten ostatni już zrazu jest odosobniony od rogówki wąską co prawda szparą. W części tkanki płastów główkowych przednią część pęcherzyka otaczającéj odróżniamy wyraźnie dwie warstwy: zewnętrzna stanowi ciąg dalszy rogówki, pierwociny zaś jéj na cięciach kształt mają wrzecionowaty; jest to zawiązek białkówki i spojówki gałki. Warstwa wewnętrzna stanowi bezpośrednio ciąg dalszy tęczówki, stanowią ją pierwociny przeważnie drobne i okrągłe. Ku tyłowi warstwa ta coraz cieńszą się staje i znika niespostrzeżenie w części tkanki płastów główkowych, z któréj powstają białkówka i błona naczyniówkowa. Listek zewnętrzny pęcherzyka ocznego ku przodowi znacznie grubszym się staje, stanowi go kilka rzędów komórek już barwik zawierających, przeciwnie warstwa wewnętrzna ku przodowi stopniowo coraz cieńszą się staje. Zewnętrzna błona graniczna ciała szklanego (*hyaloidea*) zagina się obok brzegu pęcherzyka ocznego i przechodzi następnie w zawiązek *laminae elasticae chorioideae.* Nieznaczne zagięcie oddziela od tylnéj części pęcherzyka przednią część, znacznie cieńszą, w części téj wyróżnienia typowego siatkówki już nie spostrzegamy. Wkrótce w zawiązku ciała rzęskowego, z listka średniego powstałym, uwydatnia się jasne pasemko, zawiązek przestworu Fontany.

Następnie brzeg przedni pęcherzyka posuwa się bardziéj ku przodowi, brzeg zewnętrzny śródbłonka błony Descemeta znajduje się już ku tyłowi od brzegu pęcherzyka. Wszakże brzeg pęcherzyka znajduje się jeszcze znacznie ku tyłowi od brzegu zewnętrznego błony źrenicznéj. Lecz właśnie brzeg pęcherzyka zaczyna posuwać się ku wewnątrz znacznie rychléj, mianowicie u płodów owczych 9 ctm. długości mających znajduje się on już na równi z zawiązkiem tęczówki od średniego listka pochodzącym; brzeg ten na cięciach ma kształt guzika lub raczéj haczyka. Otóż niebawem zrasta się on z przyległą tkanką płastów główkowych i następnie od wspólnego dla tęczówki błony źrenicznéj zawiązka oddziela się i wraz z nim nadal wyrasta ku przodowi warstwa tylna, wcale naczyń nie zawierająca. Zgrubiały brzeg pęcherzyka obejmuje tylną warstwę, która się od zawiązka wspólnego oddzieliła i wraz z nią tworzy brzeg źreniczny; pozostała ze wspólnego zawiązku przednia warstwa stanowi tylko najbardziéj obwodową część błony źrenicznéj. Zresztą podział warstw dochodzi zwykle tylko do miejsca, w którem następnie powstaje mniejsze koło tętnicze tęczówki.

Co się tyczy kwestyi, zkąd powstaje główny czynnik w rozwoju tęczówki i ciała rzęskowego, bezwarunkowo główną rolę odgrywa listek średni. Zarówno u zwierząt ssących, jak i u ptaków nawet pierwszy zawiązek tęczówki stanowią koło tętnicze tęczówki i otaczające je nieliczne komórki; daléj zawiązek ten wyrasta o wiele prędzéj, niż brzeg pęcherzyka ocznego. Jednocześnie w okolicy przyszłych wyrostków rzęskowych tkanka płastów główkowych staje się grubszą

w kierunku ku środkowi gałki, w miejscu odpowiedniem obie ściany pęcherzyka początkowo skierowują się tylko bardziéj ku wewnątrz, późniéj zaś tworzą okrężny fałd poprzeczny; rzecz widoczna, że w sprawie téj pęcherzyk bierną tylko odegrywa rolę.

Następnie brzeg pęcherzyka zrasta się z brzegiem zawiązka dla tęczówki przez płasty główkowe utworzonego, fałd zaś jego z ciałem szklanem; otóż w tym dopiero okresie obie części składowe tęczówki: blaszka listka średniego i barwikowa (pęcherzykowa) zaczynają wyrastać wspólnie, a fałdy o wiele liczniejszemi się stają. Ostatnia okoliczność najłatwiéj daje się wytłumaczyć umocowaniem przedniéj części pęcherzyka w obu wspomnianych już miejscach zrośnięcia.

Aż nadto jest również widocznem, że rozwój tęczówki rozpoczyna się o wiele wcześniéj niż rozwój błony naczyniówkowéj, wyróżnianie zaś tęczówki następuje zupełnie niezależnie od wyróżniania właściwéj naczyniówki, główną zaś rolę odgrywa koło tętnicze, utworzone przez długie tylne tętnice rzęskowe, przednie zaś tętnice rzęskowe nie mają najmniejszego udziału w rozwoju tęczówki i powstają znacznie późniéj niż tylne. Wszakże tęczówka i naczyniówka od początku jedno mają wspólne, to drogi żylne.

Przypomnę raz jeszcze, że przy przetrwaniu nawet bardzo znacznych resztek błony źrenicznéj, a przypadków tego przetrwania w ostatnim dziesiątku lat mamy dokładnych opisów przeszło półtorasta, w żadnym opisie nie znajdujemy wzmianki o jednoczesnem istnieniu szpary nieprawidłowéj w tęczówce. Wobec danych rozwoju tęczówki i błony źrenicznéj dotyczących, a wyżéj przytoczonych, trudno nawet przypuścić, w jaki sposób przetrwanie resztek błony lub też nieprawidłowy jéj rozwój mogłyby wywołać powstanie szpary nieprawidłowéj w tęczówce. Widzieliśmy przecież, że w utworzeniu brzegu źrenicznego pasa wewnętrznego (źrenicznego) tęczówki błona źreniczna bynajmniéj nie bierze udziału, że brzeg ten uwydatnia się dopiero po zrośnięciu się obu początkowych listków, z których powstaje tęczówka. Plange wypowiada myśl, że tak zwane przetrwanie resztek błony źrenicznéj pochodzić może wskutek niedostatecznego wchłonienia błony, które to wchłonienie wtedy dopiero następuje, gdy tęczówka jest już oddawna rozwiniętą, że zatem z braku resztek u dorosłych niepodobna jeszcze zaprzeczyć, że rozwój błony źrenicznéj w swoim czasie odbywał się nieprawidłowo. W każdym razie jestto przypuszczenie zgoła na faktach nie oparte. Już dawniéj (Przetrwanie błony źrenicznéj, *Pamiętn. Tow. lek. warsz.* z r. 1882 [1]) utrzymywałem, że tak zwane resztki błony źrenicznéj u dorosłych powstają wskutek nieprawidłowego rozwoju błony źrenicznéj u płodu. Badania anatomiczne dwóch przypadków przez Van Duysego (*Ann. d'ocul.* 1886, Janvier, Février) i przezemnie (*Przegląd Lekar.*, 1887, Nra 36 i 37 i *Arch. f. Augenheilk.* Bd. XX.) dokonane stwierdziły to przypuszczenie i obecnie powiedzieć możemy, że w przypadkach tak zwanego przetrwania błony źrenicznéj w gruncie rzeczy nie o przetrwanie się rozchodzi, lecz wyróżnianie przeznaczonych dla niéj pierwocin blaszki średniéj następuje według typu właściwego tkance tęczówki. Dla zaniku znów błony źrenicznéj nie mamy żadnéj potrzeby uciekania się do teoryi mechanicznéj, teoryi ruchów w obrębie mięśni tęczówki, których spostrzegać nie możemy, ani też zdać sobie sprawę z przyczyn, które niemi zarządzać mogą. Daleko łatwiéj i bezwarunkowo zgodniéj z faktami wytłumaczyć ten zanik rozwojem właściwego układu naczyniowego tęczówki, który tworzy dla krwi drogi o wiele bliższe. Rozwój układu tego zawsze następuje, przeto prawidłowo rozwinięta błona zawsze może uledz wchłonieniu.

[1]) W pracy pana B. Wicherkiewicza *Beiträge zur Kenntniss der persirtirenden Papillarmembran* (*Arch. für Ophth.* XXXIV., 4), nie znalazłem wzmianki o téj monografii mojéj, w któréj wszakże najzupełniéj uwzględniłem sposób i miejsce przyczepienia włókien przetrwałych do tkanki tęczówki.

Tak więc ani kazuistyka szpary nieprawidłowéj, ani też rozwój i upadek błony źrenicznéj u płodu bynajmniéj nie upoważniają do przypisania jéj roli czynnéj w powstawaniu wady. Manz udowodnił nadzwyczajnéj cienkości naczyniówki w swoim przypadku i dodaje, *dass aus einer atrophischen Chorioidea nur eine kümmerliche, durchlöcherte Iris hervorgeht.* Wszakże z tego, co wyżéj o rozwoju tęczówki przytoczyłem, wypada, że bynajmniéj nie wyrasta ona z naczyniówki, lecz rozwija się zupełnie od niéj niezależnie. Możemy chyba przypuścić, że wogóle całe płasty główkowe były słabo rozwinięte, lecz przypomnijmy sobie jak często przy badaniach anatomicznych chorobowo zmienionych tęczówek znajdujemy bardzo znacznie posunięty zanik podścieliska, jednakże szpary chociażby tylko warstwę podścieliska obejmujące względnie rzadko napotykamy. W każdym razie niedostateczność pierwocin płastów główkowych w zawiązku tęczówki może mieć ważne znaczenie przy powstawaniu wady.

Ostatecznéj jednak przyczyny, mojem zdaniem, szukać należy we wspomnianem wyżéj zrastaniu obu listków tęczówki, mianowicie pęcherzyka ocznego i przeznaczonéj dla niéj blaszki listka średniego. Zrośnięcie to zarówno u zwierząt ssących, jakoteż u ptaków, w jednakowy odbywa się sposób: początkowo zrastają się oba listki obok samego brzegu źrenicznego, poczem sprawa posuwa się daléj ku obwodowi. Otóż jeżeli w pewnych miejscach zrośnięcie to nie nastąpi, łatwo powstać może rozrzedzenie tkanek, które następnie sprowadzić może powstanie bądź braku podścieliska, bądź też nawet jednego lub więcéj zupełnych otworów, co tem łatwiéj nastąpić może przy niedostateczności pierwocin tkanki płastów główkowych. W ten sposób wada powstać może w każdem miejscu powierzchni tęczówki bez najmniejszego współudziału szpary płodowéj.

Objaśnienie rysunków. Fig. 1, przypadek Dubois (1-szy). — Fig. 2, mój 1-szy przyp. dwuwidzenia (6-ty). — Fig. 3, mój przyp. wielowidzenia (10-ty). — Fig. 4, mój 2-gi przyp. dwuwidzenia (12-ty). — Fig. 5, mój 2 gi przyp. wielowidzenia (20-ty). — Fig. 6, przyp. trzykrot.-widzenia Baudry (21-szy). — Fig. 7, szpara tęczówki ku zewnątrz (27-my). — Fig. 8, szpara tęczówki ku górze (28-my).

IV. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Dok. Patrz Nr. 14.)

Tem usuniętą byłaby trudność, jaką spotykamy przy wyjaśnieniu tej ogromnéj liczby leukocytów w tkankach uległych zapaleniu wobec ich tak nieznacznéj liczby we krwi krążącej. Przemiana ta w leukocyty musi odbywać się bar-

dzo szybko, skoro w naciekach zapalnych znajdujemy już gotowe leukocyty, ale spotykamy tu także ciałka czerwone z jądrami w znacznéj nieraz ilości.

Jak to w przewlekłych zapaleniach wątroby widzieliśmy, ciałka czerwone ulegają jeszcze innéj przemianie. One to mianowicie dają początek istocie międzykomórkowéj w nowo wytworzonéj tkance łącznéj, istocie delikatnie włóknikowatéj, siatkowatéj lub jednolitéj. Nie z wszystkich ciałek czerwonych, które opuściły naczynia, muszą powstać leukocyty. Jedna ich część przemienia się w włókna, inna w jądra komórek. I w pierwszych okresach ta nowowytworzona tkanka łączna może zawierać bardzo nieznaczną ilość jąder, a ten stosunek może pozostać stałym. W innych razach przeważają jądra nad istotą międzykomórkową. W tem leżą różne postacie nowowytworzonéj tkanki łącznéj. Że zwiększona ilość leukocytów wcale nie jest koniecznym warunkiem do powstania tkanki łącznéj, widzieliśmy to n. p. w marskości wątroby *d'origine cardiaque*, w okresach niedopuszczających żadnéj wątpliwości, że z ciałek czerwonych wprost powstaje tkanka łączna z jądrami, które dawniéj jako leukocyty znajdowały się w krwi krążącéj. Nieraz tutaj cała zawartość naczynia włosowatego *en masse* przemieniała się w tkankę łączną z tym stosunkiem ilościowym jąder, jak to odpowiada krwi tę samą przestrzeń zajmującéj z dodatkiem jąder śródbłonkowych istniejących tu przedtem naczyń. Ten stosunek ilościowy przemiany ciałek czerwonych w włókna tkanki łącznéj, do przemiany tychże w leukocyty, jest jednak bardzo różnym i często pod tym względem sprawa nowotwórczo zapalna zbliża się do zapalenia ropnego, a ma to miejsce wtenczas, gdy przemiana ciałek czerwonych w włókienka nie przychodzi do skutku, natomiast takowe przechodzą w leukocyty.

Usuwają się naturalnie z pod badania histologicznego okoliczności, wpływające na tę przemianę ciałek czerwonych raz w włókna, drugi raz w jądra. Obydwa jednak te fakta, niewątpliwie przez nas stwierdzone, zmuszają nas do przypuszczenia jakiejś dążności ciałek czerwonych do tworzenia tkanki definitywnéj stałéj, jak tylko znajdą się poza naczyniami, a nieraz i w naczyniach samych (*endovasculitis obliterans*). Dążność ta nawet w skrzepie się uwydatnia, jak to późniéj zobaczymy. Krew, będąca rodzajem tkanki krążącéj, nic dziwnego, że znalazłszy się wśród innych warunków, mianowicie w warunkach tkanin stałych, dąży do zorganizowania się na ich sposób, t. j. w tkankę stałą o komórkach i istocie międzykomórkowéj, i to w tkankę najprostszą, tj. łączną.

Co jest w narządach miąższowych, jak np. w wątrobie i nerkach, pierwotnem, czy uszkodzenie specyficznych komórek (przybłonkowych) narządu, czy uszkodzenie naczyń i dyjapedeza składników tkanki krążącéj? Spór ten wydaje mi się zbytecznym, skoro wiemy, że czynności fizyjologiczne tych specyficznych komórek, a tem samem i zmiany anatomiczne są w ścisłym związku z własnościami krwi, która je odżywia. Szkodliwość, która przeniesiona krwią wywoływa zwyrodnienie lub nawet nekrozę komórek specyficznych narządów miąższowych, równocześnie sprowadza nieprawidłową przepuszczalność naczyń krwionośnych, dyjapedezę tkanki krążącéj i jéj organizacyję zastosowaną do nowych warunków. Nie zawsze naturalnie zachowaną jest równowaga między ilością zniszczonego miąższu, a ilością nowéj tkanki powstającéj w jego miejscu, a pod tym względem decydującemi muszą być okoliczności etyjologiczne, jakość i ilość szkodliwości działającéj na miąższ i układ naczyniowy.

Ten efekt dyjapedezy nigdzie może nie jest (oprócz zapalenia ropnego) tak dominującym nad innemi zjawiskami, jak w niektórych zapaleniach specyficznych, n. p. w sprawie gruźliczéj. Głównem źródłem mas serowatych są tu ciałka czerwone, a specyficzność sprawy polegała na tem, że nad organizacyją krwi wynaczynionéj mają przewagę zmiany wsteczne, prowadzące ostatecznie do nekrozy krwi, która opuściła naczynia krwionośne. Jeżeli ognisko krwi wynaczynionéj jest małe, jeśli dyjapedeza odbywała się w pewnem powolnem tempie, mogło przyjść do wytworzenia gruzełka limfatycznego lub epitelijoidowego. Mniejszą jednak rolę przy tem odgrywa rozległość ogniska, niż inne okoliczności, mianowicie szybkość dyjapedezy, ilość i własności bijologiczne prątków, bo widzieliśmy i bardzo małe gruzełki prosówkowe zserowaciałe odrazu, które nigdy nie zawierały składników komórkowych z istotą chromatyczną. Gruzełek prosówkowy przedstawił nam się jako rodzaj organizacyi ograniczonéj do pewnych punktów, zatem jako objaw względnie zbawienny dla ustroju i w nim samym dlatego nie możemy upatrywać tego, co jest fatalnem w sprawie gruźliczéj. Daleko większe mają znaczenie te ogniska nieraz tak rozległe, w których nie przychodzi do organizacyi krwi wynaczynionéj, ale gdzie takowa ulega wprost nekrozie, sprowadzając ostatecznie nekrozę i tych nieregularnych organizacyj, jakiemi są gruzełki. Czy te przemiany wsteczne krwi wynaczynionéj lub organizacyja w gruzełki stoją w związku z ilością prątków w dotyczącem miejscu? Zdaje się tak być, skoro w masach serowatych znajdujemy nieraz wielkie mnóstwo, a w gruzełkach nieraz bardzo mało. Gruźlica prosówkowa ogólna nie sprzeciwia się temu przypuszczeniu, bo jakkolwiek w całym ustroju prątków jest bardzo dużo, to przecież w pewnym ograniczonem miejscu jest ich bardzo mało, dlatego przychodzi do wytworzenia gruzełków prosówkowych i tak np. w płucach nie gruzełki działają tak szkodliwie na sprawę oddychania, jak raczéj przekrwienie i obfita dyjapedeza do pęcherzyków. Nawet w gruźlicy płuc prosówkowéj, jeśli tylko jéj przebieg jest więcéj przewlekłym, przychodzi do rozwlekłych zserowaceń i to ciałek czerwonych wypełniających alweole na kształt infarktów hemoragicznych. Analogija rozpadu mas serowatych i powstawanie ztąd jam (kawern) mamy w tak zwanem rozmiękczeniu ropiastem skrzepów (*puriforme Schmelzung*). Nie dziwi nas ta postać nekrozy mas serowatych, skoro początek swój zawdzięczają tym samym składnikom, co i skrzep zwykły, podlegający w częściach środkowych t. zw. zmiękczeniu ropiastemu. Ale jeszcze więcéj cech wspólnych mają ogniska gruźlicze z skrzepem, mianowicie w jednym i drugim razie znajdujemy włóknik. Jak to już widzieliśmy, włóknik nie powstaje nigdzie bez udziału ciałek czerwonych. Jeśli tę istotę w ogóle gdzieś znajdujemy, możemy na pewne przypuszczać istnienie ciałek czerwonych w tych miejscach. Jeśli włóknik znajdujemy w masach serowatych, to musiały tam kiedyś istnieć ciałka czerwone. Do tego samego wniosku upoważniają nas komórki olbrzymie, twory, których pochodzenie z ciałek czerwonych udowodniliśmy.

Dodatkowo kilka uwag o krzepnieniu. Gdziekolwiek obserwowaliśmy krew wynaczynioną (rany wątroby po wycięciu kawałków klinowatych, dwie płytki szklane w jamie brzusznéj królika, łożysko, błony krupowe itd.), wszędzie

stwierdziliśmy, że są to ciałka czerwone, które dają początek istocie włóknistéj, siatkowatéj, któréj włókna jużto mają barwę ciałek czerwonych, albo silnie nasycają się safraniną na kształt istoty chromatycznéj jąder. Wyborny środek ustalania *(fixation)* różnych składników, jakim jest rozczyn Fleminga, pozwolił nam bliżéj wglądnąć w szczegóły tych zmian, jakim ciałka czerwone po wynaczynieniu ulegają. Dla teoryi A. Schmidta do dziś dnia panującéj nie znalazłem najmniejszéj podstawy, przeciwnie wszystko przeciw niéj przemawia. Powstawanie włókienek z ciałek czerwonych widzieliśmy w sposób nie dopuszczający innego tłomaczenia w płytkach wprowadzonych do jamy brzusznéj królika. Nie były to jednak *stromata* ciałek czerwonych (Landois, *stromafibrin*) ale przeciwnie ich istota, która im nadaje właściwą barwę; ona to gromadziła się na pewnych punktach, tworząc ową siatkę hemoglobinową. Obrazy takie możnaby na pierwszy rzut oka w ten sposób tłomaczyć, że są to włókienka powstałe w plazmie krwi z tych trzech istot, których istnienie Schmidt przypuszcza, a które tylko zabarwiły się barwikiem ciałek czerwonych. Tak jednak nie jest, bo jak to między dwiema płytkami stwierdziliśmy, a nie mniéj i w innych miejscach, sama istota ciałek czerwonych była punktem wyjścia dla owych włókienek. W błonach rzekomych krupowych ciałka czerwone *en masse* przez zlewanie się w grubsze beleczki tworzyły siatkę o grubych włóknach. Widzieliśmy daléj zlewanie się ciałek czerwonych w istotę zbitą prawie jednolitą z szparkami i szczelinami podłużnemi, barwy jużto ciałek czerwonych, jużto miejscami oddziaływających jak chromatyna. Wśród pewnych zaś warunków ciałka czerwone rozpadały się w masy drobnoziarniste lub prawie jednolite bezbarwne. Co się w tych razach stało z ich hemoglobiną, niewiadomo. Wogóle z ciałek czerwonych powstawały wszystkie możliwe postacie włóknika. Jak pojąć te wszystkie objawy? Wyszedłszy z tego założenia, że krew jest rodzajem płynnéj krążącéj tkanki, która jak tylko przestanie krążyć ma dążność do wytworzenia tkanki stałéj, musimy i w skrzepie odkryć tę dążność. Jak to widzieliśmy w zapaleniach przewlekłych interstycyjalnych, pewne ciałka czerwone służyły do wytworzenia istoty międzykomórkowéj, inne do wytworzenia komórek, to i tu dążność ta się uwydatnia w postaci włókien hemoglobinowych i zwiększonéj ilości leukocytów. Rozpadu leukocytów, téj najważniejszéj okoliczności śród krzepnienia według Schmidta, nikt dotąd nie widział i dziwić się tylko wypada, jak teoryja ta może jeszcze dziś służyć za podstawę poważnéj dyskusyi (teoryja koagulacyjna Weigerta). W krwi krzepnącéj stwierdzić zawsze można zwiększoną ilość ciałek białych i to w miejscach, gdzie o ich następowéj imigracyi mowy być nie może. Dziwne to zaiste rozumowanie, gdzie pewnych składników znajduje się więcéj niż w stanie prawidłowym, mówić o ich rozpadzie, gdy nowe składniki zkądinąd nie przybywają. Mamy przed sobą nie rozpad, lecz nowotworzenie leukocytów i to z ciałek czerwonych, zjawisko, które jest koniecznem następstwem nowych zmienionych warunków, w jakich się znajduje ta tkanka krążąca, i które ma analogon w zapalnem nowotworzeniu tkanki łącznéj. W leukocytach w oczkach skrzepu się znajdujących widzimy często zmiany postępowe, wzrost ich jąder aż do rozmiarów jąder epitelijoidowych. Gdzie są objawy rozpadu? Przy organizacyi skrzepu w takowym znajdują się wszystkie składniki potrzebne do wytworzenia tkanki łącznéj, rozchodzi się tylko o usunięcie nadmiaru, lub nagrodzenie zniszczonych składników, a przy tem śródbłonki błony wewnętrznéj znowu nie odgrywają żadnéj roli, tylko znów ciałka czerwone znajdujące się w skrzepie samym lub przyniesione następowo jako takie lub już jako leukocyty. Że organizacyja skrzepu rozpoczyna się od miejsc przylegających do ściany naczynia, łatwo pojąć, bo warunki, w jakich się tutaj krew skrzepu znajduje, są najbardziéj zbliżone do tych, jakie widzieliśmy w przewlekłem zapaleniu narządów miąższowych.

Skrzep okazuje niekiedy t. zw. zwyrodnienie szkliste, a nawet amyloidowe. W badaniach moich nad chorobą Brighta wykazałem, że te zwyrodnienia polegają na właściwéj przemianie ciałek czerwonych (pętle naczyniowe kłębków, piramidy), że zatem nie są zwyrodnieniami w ścisłem tego słowa znaczeniu. To samo powiedzieć możemy o tych zwyrodnieniach w skrzepie. Jestto znów tylko właściwa przemiana ciałek czerwonych. Wszędzie istota szklista i amyloidowa ma to samo znaczenie, tę samą histogenezę.

Kilkakrotnie przy opisywaniu zmian we krwi mieliśmy sposobność zauważyć szczególne oddziaływanie na barwiki owéj siatki powstającéj z ciałek czerwonych. Preparaty z rozczynu Fleminga mają tę właściwość, że w safraninie barwi się tylko istota chromatyczna jąder i właśnie owa siatka z ciałek czerwonych powstała, wśród pewnych warunków także i ciałka czerwone, te ostatnie zazwyczaj tylko wtenczas, gdy są pokurczone lub inaczéj zniekształtnione. Dlaczego siatka powstająca z ciałek czerwonych i istota chromatyczna jąder zachowują się tak samo w obec safraniny i gencyjany? Preparaty nawet energicznie odbarwiane w alkoholu z kwasem solnym zawsze to zjawisko okazują. Przypomnijmy sobie obraz krwi pokrywającéj brzegi rany wątroby po wycięciu kawałka klinowatego. Mamy przed sobą siatkę o barwie ciałek czerwonych i z téj saméj istoty co te złożoną. Siatka ta w pewnych miejscach silnie się barwi safraniną. W siatce żółto-zielonawéj, którą nazwałem hemoglobinową, rozprószone są często leukocyty w daleko większéj ilości, niż to krwi odpowiada, w siatce barwiącéj się safraniną, gdy ta jest gęstą, leukocytów nie widzimy. Jak wytłomaczyć to zjawisko, które bynajmniéj nie jest przypadkowem? Tylko tem, jeżeli przypuścimy, że w ciałkach czerwonych przychodzi tu do rozdzielenia ich dwu istot, jednéj która stanowić ma istotę międzykomórkową i drugiéj chromatycznéj, stanowiącéj jądra. To jednak rozdzielenie się dwu istot odbywa się, że tak powiem, w sposób prawidłowy, jak w sprawie nowotwórczo zapalnéj, lecz zachodzą tu liczne nieprawidłowości, które polegają na tem, że istota chromatyczna ciałek czerwonych zamiast utworzenia jądra dla przyszłéj komórki tkanki łącznéj, jak to ma faktycznie miejsce w pewnych częściach skrzepu, ulega przemianie chemicznéj tego samego rodzaju (wskutek któréj ciałka czerwone dostają jądra chromatynowe), ale dopiero wtenczas, gdy już ciałka czerwone utworzyły siatkę. Siatka ta zatem dlatego barwi się podobnie jak istota chromatyczna jąder, bo rzeczywiście chemicznie jest tą istotą, tylko rozdzieloną w sposób nieprawidłowy. Dlatego to siatkę tę nazwałem chromatynową. Przypatrzywszy się bliżéj takiéj siatce, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie włókienka jéj są nieco grubsze, widzimy, że włókienka te są złożone z samych podłużnych ziarenek, jakby płytek zupełnie identycznych z temi, jakie znajdujemy jako chromatynę w ciałkach czerwonych z jądrami i w leukocytach wielojądrowych

(zwłaszcza tych, gdzie widzimy fragmentacyję Arnolda). Rozumie się samo przez się, że nie zawsze musi przyjść do tego oddzielenia istoty chromatycznéj z ciałek czerwonych. W sprawie nowotwórczo-zapalnéj ma to miejsce w nieznacznéj liczbie ciałek czerwonych. Tak samo i w skrzepie. Widzimy tu nieraz samą tylko siatkę hemoglobinową lub szerokie pasy istoty hemoglobinowéj, a tylko ślady istoty chromatycznéj. Co wpływa na prawidłowe (w postaci jąder) i nieprawidłowe (w postaci siatki) oddzielenie istoty chromatycznéj z ciałek czerwonych, pytanie to jak również bliższe wyświetlenie całéj histogenezy tych zjawisk musimy pozostawić przyszłym badaniom. W sprawie nowotwórczo zapalnéj widzieliśmy blizki związek siatki hemoglobinowéj z włókienkami tkanki łącznéj, mianowicie przemianę pierwszéj w ostatnie, dlatego to nazwę włóknika, jeźli w ogóle ta nazwa ma pewną racyję bytu, zarezerwowałbym dla siatki chromatynowéj jako takiéj, z któréj już może żaden składnik przy organizacyi skrzepu nie powstanie. Siatka zaś hemoglobinowa wraz z nowowytworzonemi składnikami komórkowemi może pod tym względem posłużyć za materyjał dla nowo powstającéj tkanki łącznéj.

Z moich zapatrywań na skrzep nie wynika wcale, ażeby jego części składowe tylko miały wytworzyć późniejszą tkankę łączną, ażeby to zatem była organizacyja skrzepu w całem tego słowa znaczeniu. Zapewne znaczna jego część ulega rozpadowi, ale ubytek nagrodzony bywa znowu ciałkami czerwonemi świeżemi, jeźli ma przyjść w ogóle do organizacyi. Mamy zatem i w skrzepie dążność do wytworzenia stosunków, jakie mają miejsce w sprawie nowotwórczo-zapalnéj i w głównych zasadach sprawy te są te same.

Reasumując powyższe uwagi, powiedzieć możemy, że wszelki produkt zapalny, w jakiejkolwiek postaci sam się przedstawia, pochodzi z krwi i to głównie z ciałek czerwonych, owego najważniejszego składnika krwi, a który dotąd tak podrzędną odgrywał rolę.

Czytający niechaj nie wierzy w wyniki moich badań. Dobrze zrobi. I ja nie wierząc w wiele nibyto prawd, mogłem może rzucić nieco światła na tyle dotąd ciemnych zagadnień w naszéj nauce.

W końcu składam podziękowanie p. prof. Cornilowi za gościnność w Jego pracowni i za cenne rady, jakich mi w pracy mojéj nie szczędził.

V. Z praktyki prywatnéj.

Smierć skutkiem ukąszenia muchy.

Podał
Dr. W. Chrząszczewski z Russ. Moldawitzy na Bukowinie.

W dniu 14 sierpnia z. r. zostałem zawezwany do leśnego we wsi Watra-Moldawitza, powiat Kimpolungski, który według opowiadania rodziny został na 3 dni przedtem wśród drzemki na łące ukąszony przez „dużą muchę“. Przybywszy na miejsce zastałem następujący *status praesens*. Mężczyzna w wieku czterdziestu kilku lat, nadzwyczajnie silnej budowy, dobrze odżywiony. Ciepłota ciała 40·2° C., tętno 108 na minutę, fala tętna mała, łatwo ugnieść się dająca. Przy oglądaniu najpierw wpada w oczy kolosalny obrzęk surowiczy powiek i lewego policzka wraz z lewą połową szyi aż po wyrostek sutkowy kości skroniowej. Część skóry ponad obrzękiem silnie napięta, ścieńczała i lśniąca — z jamy nosowej i ustnej wydziela się obficie lepka, cuchnąca ciecz o żółto-zielonawej barwie. Ze szpary powiekowej lewej wydobywa się wydzielina ropiasta. W odległości 1 ctm. od kącika wewnętrznego oka lewego ku dołowi znajduje się mała ranka wielkości siemienia o gwiazdkowato rozpadłych brzegach, barwy brudno-czerwonej, która natychmiast zwraca uwagę badającego jako domniemana brama wejścia jadu. Na to też miejsce wskazuje i pacyent zapytany, w którą okolicę został przez muchę ukąszony. Warga górna w lewej swej połowie obrzękła w całości skrzywiona skośnie, przyczem kąt prawy, nie zajęty obrzękiem, jest mocno ku górze wzniesiony. Gruczoły limfatyczne w pasze, na karku, pod obiema szczękami i w obu pachwinach obrzękłe i twarde. Co do zboczeń funkcyj istniały: zwiększone pragnienie, zaparty stolec, skąpe oddawanie moczu o ciemno-pomarańczowej barwie, wreszcie uporczywe nudności bez wymiotów.

Oczyściwszy wyżej opisaną rankę 5% kwasem karbolowym i pokrywszy ją kawałkiem gazy jodoformowej, zalecilem środek przeczyszczający (*natr. sulf.*), chininę i letnią, dłużej trwającą kąpiel, jakoteż większą ilość mleka kwaśnego i koniak, które chory z chęcią przyjmował. W dwa dni później przyjechawszy do chorego, zastałem stan jego o tyle zmieniony, iż w obrzękłych gruczołach limfatycznych dało się stwierdzić chełbotanie, w skutek czego zrobiłem sześć głębokich nacięć, przyczem z dwóch gruczołów pachowych po stronie lewej wydzielała się płynna ropa z dodatkiem atramentowo-czarnej płynnej krwi, podczas gdy jedno cięcie w pachwinie prawej i trzy cięcia wykonane na gruczołach podszczękowych miały tylko ten skutek, iż z ran wypłynęła nieznaczna ilość krwi również o ciemnem zabarwieniu. Stan ogólny chorego przedstawia w dniu tym objawy zapadu, język suchy, szarym mułem obłożony, koniec czerwono zabarwiony. Tętno przepuszczające, z trudnością wymacalne, częstość uderzeń 68 na minutę. Ciepłota ciała 38° C. Nagły spadek tętna, zapad i osłabienie akcyi serca kazały mi źle rokować, toteż na zapytanie ze strony rodziny odpowiedziałem, iż zejście śmiertelne jest niemal nieuniknione. W trzy dni później, a więc w 9 dni po ukąszeniu przez owad, chory zakończył życie, a jak się później dowiedziałem, przystawiono mu na dzień przed skonem 24 pijawek.

Jestto czwarty z rzędu przypadek ukąszenia przez owady, do którego w powiecie tutejszym byłem wzywany; z tych 3 zakończyły się wyzdrowieniem przeciętnie po 14 dniowem trwaniu objawów posocznicy. W żadnym z tych czterech przypadków nie mogłem sprawdzić gatunku owadu (w jednym wskazywano ze stanowczością na *Hypoderma bovis*), a niezwykłą może częstość ogólnego zakażenia skutkiem ukąszenia przez owady tłómaczę sobie tą okolicznością, iż w tych stronach na wykonywanie przepisów policyjno-sanitarnych zbyt małą zwraca się uwagę, skutkiem czego n. p. nieraz przy głównym trakcie spotyka się w porze gorącej rozkładającą się padlinę, z której krocie owadów czerpią dostateczny materyjał zakaźny, aby takowy drogą ukąszenia wprowadzić do ludzkiego ustroju.

VI. Oceny i sprawozdania.

Choroby skórne.

White (Boston): **O wpływie dyjety na powstawanie i leczenie chorób skórnych.**

Rozmaite pokarmy uważają tak lekarze, jak i lud jako szkodliwe w pewnych chorobach skórnych. Do takich masło ma należeć, na co się White nie zgadza. Tak samo uważają mąkę owsianą za szkodliwą, co według zdania W. również jest nieuzasadnionem. To samo powiedzieć można o rybach i mięsie. Hyde twierdzi, że wyskok pogarsza przebieg spraw zapalnych skóry. U niektórych ludzi piwo wywołuje obfity trądzik (*acne*) dolnéj połowy twarzy. Spożywanie kwaśnych owoców może sprowadzić ostry wyprysk; poziomki sprowadzają często pokrzywkę, jabłka drobne wybujałości około ust. Niektóre gatunki orzechów mogą sprowadzić zapalenie błony śluzowéj jamy ustnéj. Unna opisuje przypadki pokrzywki, które powstawały, gdy poziomki nie były jeszcze połknięte, lecz gdy je tylko do ust włożono. (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis*, rocznik XX.).

Dr. Bf.

Choroby nerwowe.

Prof. Bernhardt: **Przypadek rozsianego zapalenia nerwów ze zmianami w pobudliwości elektrycznéj nerwów nieporażonych.**

Mężczyzna 20-letni, który nadużywał napojów wyskokowych, zachorował na różne zaburzenia nerwowe. Stał się bardzo drażliwym, przy najmniejszych powodach czerwienił się i pocił, chód jego stał się niepewnym i niezgrabnym, ręce i usta przy ruchach drgały, palce rąk i nóg straciły czucie. Przytem nigdzie nie można było wykazać ani śladu porażenia lub niedowładu. Odruchów ścięgnistych nie było.

Badanie prądem elektrycznym wykazało znaczne obniżenie pobudliwości elektrycznéj tak galwanicznéj, jak i faradycznéj, we wszystkich mięśniach. Z czasem nastąpiła znaczna poprawa w stanie ogólnym chorego. Zaburzenia w czuciu i niezborność ruchów ustąpiły prawie w zupełności; zmniejszona pobudliwość elektryczna jednak pozostała bez zmiany.

Autor odnosi obraz ten chorobowy do zapalenia nerwów wyskokowego (*neuritis alcoholica*), a dziwny objaw obniżenia pobudliwości elektrycznéj mięśni, które nigdy nie były porażonemi, znajduje według autora wyjaśnienie w *Névrite périaxile et segmentaire* Gombaulta. (*Zeitsch. für kl. med.*, XVII., p. 54. 1890). *Dr. Süsskind.*

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** dnia 8 kwietnia. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo!

W Nrze 14 „Przeglądu Lekarskiego“ z dnia 4 kwietnia b. r. zamieszczony jest artykuł Prof. Dra Adamkiewicza p. t.: „Zasady racyjonalnego leczenia nowotworów złośliwych (raków). Doniesienie czwarte“.

W artykule tym Prof. Adamkiewicz podaje między innemi, „że udało mu się, przy ścisłéj kontroli i innych, przerzuty rakowe w niedwuznaczny sposób doprowadzić do zaniku, a w saméj tkance rakowéj wywołać oddziaływanie z widoczną dążnością do wyleczenia“.

Ponieważ Prof. Adamkiewicz doświadczenia swe wykonywał na naszych oddziałach, przeto oświadczamy, że odstąpiliśmy wprawdzie Prof. Adamkiewiczowi odpowiedni materyjał do doświadczeń, że jednakże za wnioski z tych doświadczeń wysnute nie bierzemy żadnéj odpowiedzialności.

Kraków, dnia 7 kwietnia 1891.

Prof. Dr. Korczyński. *Prof. Dr. Obaliński.*

* Na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego odbytem w dn. 8 b. m. przewodniczący zawiadomił, że kol. Murdzieński podjął się redakcyi kalendarza lekarskiego, który dotychczas wychodził we Lwowie. Prof. Korczyński przedstawił wyroby pp. Bełdowskiego i Zahradnika i wniósł imieniem komisyi przemysłowéj, aby Towarzystwo lek. udzieliło wyrobom tym swego poparcia. Następnie koll. Żmigrodzki i Kryński mieli wykłady zapowiedziane, poczem przez głosowanie przyjęto na członków czynnych Drów Lud. Korczyńskiego, Raczyńskiego, Starochowicza i Wojtaszka. Wreszcie prof. Domański w imieniu komitetu Tow. przedstawił sprawę przyjęcia gości podczas Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich, odbyć się mającego w lipcu.

* Redaktor główny „Przeglądu Lek.“ powrócił z wycieczki i objął swoje czynności.

* Półrocze letnie, a tem samem i wykłady we wszystkich Wydziałach Uniw. Jagiell. rozpoczynają się w poniedziałek d. 13 b. m. W Wydziale lekarskim wykładanych będzie przedmiotów 40 przez 29 prelegentów, a mianowicie profesorów zwyczajnych 11, nadzwyczajnych 12, docentów prywatnych 6.

* Z Iwonicza. Podczas wierceń sposobem kanadyjskim natrafiono w Iwoniczu w głębokości 371 metrów na źródło słone jodobromowe w nadzwyczajnéj obfitości, które pompowane maszyną parową przez 24 godzin poziomu swego nie obniżyło. Źródło to wedle rozbioru prof. Trochanowskiego z Czernichowa jest co do składu chemicznego prawie identyczne z najsilniejszem źródłem Iwonickiem: Karola, przewyższa go jedynie cokolwiek w zawartości soli kuchennéj. Położone w niedalekiéj odległości od zakładu będzie ono służyć wyłącznie do przyrządzania kąpieli, ku czemu zarząd już obecnie odpowiednie czyni przygotowania.

* **Wiedeń.** Nowo utworzoną posadę przełożonego pracowni chemicznéj w szpitalu Rudolfa otrzymał Dr. Freund.

* **Berlin.** Na mocy zezwolenia cesarza ulica oznaczona dotąd liczbą 32 w Berlinie nazwaną została ulicą Virchowa.

Zjazd XX. niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego otwarty został d. 1 b. m. przez Thierscha, który wspominał o zgonie trzech członków w ciągu ostatniego roku, a mianowicie prof. Nussbauma w Monachijum, Dra Reyhera w Petersburgu i Dra Szmuli w Zabrzu; poczem prof. Bergmann zdał sprawę z funduszów budowy domu Langenbecka, pod który to dom w sobotę d. 4 b. m. położono kamień węgielny. Wreszcie tenże prof. Bergmann mówił o odkryciu Kocha, a w dyskusyi wzięli udział proff. Thiersch, König, Schede, Lauenstein, Eiselsberg i Küster. Dyskusyja odbyła się w obecności Kocha.

* **Rzym.** Król włoski darował miastu Turynowi sumę 160,000 lirów na szpital dla chorób zakaźnych.

* **Wiadomosci uniwersyteckie. Kiel.** Dr. Ferdynand hrabia Spee mianowany został profesorem nadzwyczajnym. — **Królewiec.** Dr. Samter habilitował się jako docent chirurgii. **Tomsk.** Dr. Fortunatow z Petersburga mianowany nadzw. profesorem farmakologii; Dr. Gramatikati profesorem położnictwa, a Dr. Jerofejew prof. okulistyki. — **Strasburg.** Docent chirurgii Dr. Lederhose mianowany profesorem nadzw. — **Dorpat.** Prof. psychijatryi Kraepelin opuścił Dorpat udając się na nową posadę w Heidelbergu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.